

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

IDENTIDADE E TOXICODEPENDÊNCIA

Patrícia Catarina Machado Jerónimo

Dissertação orientada por Dr. António Coimbra de Matos

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Dr. Coimbra de Matos, apresentada no Instituto Superior
de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre
na especialidade de Psicologia Clínica conforme
o despacho da DGES, nº19673/2006 publicado em Diário
da República segundo a série de 26 de Setembro, 2006

Agradeço, desde já, à J. por toda a sua disponibilidade e colaboração, pois assim tornou possível a realização deste trabalho.

A toda a equipe técnica, que constitui o grupo de profissionais da F.P.E.P.T.T., com quem aprendi bastante.

Ao meu orientador de dissertação de mestrado, Dr. António Coimbra de Matos, por toda a disponibilidade, prontidão e dedicação no acompanhamento do meu trabalho. Agradeço também ao Dr. Camilo Inácio, por todos os esclarecimentos prestados ao longo da sua realização.

A todos os meus amigos que estiveram e estarão comigo, Vera G, Sandra, entre outros. Obrigada, mãe.

Sacrifiquei a voz ao corpo, para que este fosse desejo. Porém a voz do desejo não fala mais em mim. Hoje sou apenas carência e falta. Aonde a tempestade dos meus sinais biológicos pedia ordenção à linguagem, símbolos, palavras, rebentou o vazio em mim, essa soberba, ávida e insaciável, aonde se esgotam todos os ritos de compreensão, todos os sinais de solidariedade.

Minto e não sou mentiroso, porque de verdade gostava de ser verdadeiro, mas não sei mais ser verdadeiro, não sei mais alinhar as palavras senão para dizer da minha necessidade.

(Relato de toxicô)

Resumo

Este estudo visa compreender a dinâmica que existe entre o processo de construção da identidade e a toxicodependência.

Através da realização de um estudo de caso a uma adolescente adicta em tratamento, aplicando a Entrevista Clínica semi-estruturada, a Prova projectiva Rorschach, pretende-se por via de uma abordagem psicodinâmica, compreender a dialéctica entre estas variáveis.

Os resultados obtidos, apontam fundamentalmente para uma fragilidade identitária, em que os objectos de amor primário, e possíveis modelos de identificação se encontravam física e/ou emocionalmente indisponíveis ou não desejáveis, pelo que a aquisição de um sentimento de identidade, sólida, coesa e diferenciada, ficou seriamente comprometida.

Palavras-Chave: Identidade, Toxicodependência, Estudo de Caso, Entrevista Clínica, Rorschach.

Abstract

This study pretends to understand the dynamic that exists between the process of identity construction and drug addiction.

Through a study of one adolescent addicted in treatment, applying an half-structures clinical interview, the projective test Rorschach, we intend to understand with a psychodynamic view the dialectics among the variables.

The obtained results mark essentially a fragile identity, in which the first love caregivers, and possible identity models, were physical and/or emotionally unavailable or weren't desirable, for which the acquisition of one identity feeling, firm, strong and distinguished, stayed seriously engaged.

Key-Words: Identity, Drug Addiction, Case Study, Clinical Interview, Rorschach.

1. Introdução

Desde os tempos mais remotos que o Homem tem procurado evadir-se da sua condição humana, recorrendo ao consumo de substâncias psicoactivas que alteram, simultaneamente o seu nível de consciência e o estado de ânimo.

No presente artigo, propomo-nos olhar para o indivíduo toxicod dependente, numa perspectiva individual, procurando identificar e compreender, os factores de personalidade, nomeadamente no que concerne à sua identidade, que podem contribuir para o comportamento toxicómano.

Procuramos, desta forma reflectir, sobre o modo como o toxicómano, constrói uma identidade ao longo do seu percurso existencial. A compreensão de tal construção, implica o desdobramento da análise em dois momentos:

- O primeiro englobará, sob uma perspectiva psicodinâmica, algumas considerações teóricas que nos levem a compreender de forma crítica a relação entre os conceitos de toxicod dependência e identidade e sua inter-relação. Nesta dialéctica, objectivamos perceber de que forma poderemos falar de uma perturbação de identidade no toxicod dependente, e até que ponto a toxicod dependência reforça esta perturbação;
- O segundo englobará um estudo de caso, de uma mulher toxicod dependente, em que através da entrevista clínica e do Rorschach, nos debruçaremos sobre os aspectos relacionados com a construção da identidade, neste caso em particular.

No estudo da toxicod dependência, de acordo com o modelo teórico adoptado, a tónica tem incidido, essencialmente: a) na pessoa toxicod dependente, nomeadamente na sua dimensão intra-psíquica e interrelacional, b) no sistema familiar, com particular incidência no estudo da família nuclear ou c) nos contextos sócio-económicos que fazem parte da vivência do toxicod dependente. Acreditamos que todos estes sistemas

interagem entre si e contribuem todos eles para a compreensão do fenómeno da toxicodependência.

Por entre o vasto conjunto de investigações na área das toxicodependências, sublinhando o seu carácter multivariado e a necessária multidisciplinidade da sua abordagem, tem sido evidente a emergência de trabalhos que salientam os processos de construção da identidade do toxicodependente, enquanto transversais ao desenvolvimento e manutenção desta problemática (Torrado & Oakinin, 2008).

2.Revisão de Literatura

2.1.Toxicodependência

Desde sempre que as substâncias que interferem com o psiquismo, exercem sobre o homem um fascínio de experimentação, na procura de vivências de êxtase sensorial, de experiências que lhe permitam sair de si próprio, de se tornar diferente de si mesmo, de atenuar ou acentuar algumas características que pretenda moldar, de se melhorar, de se superar ou se curar dos males do físico e da alma (Ferreira-Borges & Filho 2004, p.3).

A toxicodependência, torna-se num problema social, quando existem circunstâncias sociais e culturais, que por um lado fomentam e possibilitam o seu uso generalizado e por outro lado, desenvolvem atitudes contrárias de repressão. Deste modo, o quadro actual de desenvolvimento de fenómeno da toxicodependência requer uma atenção cuidada (Ferreira-Borges & Filho 2004).

Segundo o relatório anual do Instituto da Droga e da Toxicodependência (I.D.T) a cannabis é a substância ilícita mais consumida em Portugal, destacando-se com prevalências de consumo, muito superiores às de outras substâncias, nos estudos epidemiológicos nacionais. Contudo, nos contextos de consumos problemáticos, é a heroína, muitas vezes associada à cocaína, que surge como a droga de eleição entre os consumidores (2006).

A adicção ou toxicodependência é uma perturbação médica, com etiologia complexa, com manifestações múltiplas de doença e evolução clínica variada (Vaillant, 1994).

Julgamos que seria importante abandonar o conceito de que a adicção se resume a um uso voluntário de substâncias psicoactivas, visando a auto-medicação, auto-indulgência ou alívio dos sintomas de abstinência. Ao invés, a toxicodependência, deve ser compreendida como resultado de uma rede multifactorial, que inclui comportamentos inconscientes, assim como um determinado contexto social e familiar, associada a um determinado funcionamento psíquico.

Relativamente à dinâmica factorial que está patente nos casos de toxicomania, Coimbra de Matos (2002) ressalva a importância que assume a regressão a um estadio de desenvolvimento oral, em que o estilo relacional que se estabelece com o objecto parcial, ou seja, clivado e ilusório, se caracteriza por uma fantasmática.

Seguindo a linha de pensamento de Coimbra de Matos (2002), nos casos de toxicodependência, estamos perante estruturas de personalidade imberbemente formadas, em que os limites e contornos que o eu do sujeito são vagos, imprecisos, não a permitindo identificar enquanto pessoa. Encontramos portanto, no caso das personalidades toxicodependentes, indivíduos, cuja afirmação da existência enquanto pessoa, única, individual e com objectivos, é trémula, com uma vivência que se caracteriza por um compromisso, vazio e falta, o que inibirá o olhar para o futuro, de modo mais liberto e diferenciado.

Encontramos, bem ao contrário, um Eu trémulo, em constantes recuos para a identificação ao amorfismo do grupo; qual bússola desmagnetizada que deixa o navegador solitário e perdido no mar humano – tão solidário com as ondas da massa de gentes como incapaz de imprimir à sua viagem na vida a rota de relações privilegiada com os outros e com as coisas (...)
(Coimbra de Matos, 2002, p.89).

O autor supracitado aponta para importância que desempenham as relações objectais, estabelecidas entre o toxicómano e os seus cuidadores, enquanto figuras que se afiguram mais ou menos consistentes, disponíveis e presentes, o que ao não se

revelar, traduzir-se-ia, tal como é recorrente nestes casos, numa fome de objecto. “E assim, faminto de amor, inebria-se na ilusão do objecto-coisa que melhor e mais facilmente tolda a consciência dolorosa da sua solidão” (p.90).

A dependência associada às condutas aditivas, define-se clinicamente, de acordo com Brusset (1994), por três critérios: A repetição compulsiva de uma actividade, a sua persistência, apesar das consequências nefastas e a obsessão dessa actividade. Tratam-se de condutas agidas, fortemente dirigidas a um fim, em que a sua intencionalidade é evidente, e o desejo percebido como uma necessidade imperiosa (Brusset, 1985).

A toxicod dependência é subestimada por muitos médicos, em virtude de muitos factores. Muitos são ainda os que consideram que a dependência, termo este que envolve desde logo um juízo de valor, é uma fraqueza, mais do que uma doença, ou consideram que aqueles doentes com problemas ligados ao consumo de substâncias, diferem em relação a outros doentes. Por outro lado, alguns médicos apresentam dificuldades em efectuar o diagnóstico e comprometer-se com esse diagnóstico, de uma doença da qual desconhecem as causas mais profundas, a evolução, e a própria terapêutica (Silveira, 2004).

2.2 Aspectos psicológicos/psicopatológicos associados à Toxicod dependência

A tomada de consciência de que se é dependente de algo ou de alguém, é usualmente de difícil aceitação pelo ser humano, já que sentido como desnarcisante. No caso particular de dependências químicas, a ferida narcísica aberta é dolorosamente vivida, em que o adicto, responde de forma grandiosa e em negação intensa (Ramos, 2004).

À luz da teoria psicodinâmica, foi a Freud que coube a realização das primeiras teorizações a propósito do fenómeno da toxicod dependência, referindo-se à toxicomania como estando em ligação estreita à questão do prazer e, particularmente, à masturbação infantil e ao estágio oral do desenvolvimento. Assim, na óptica de Freud o mecanismo de funcionamento do toxicómano inscreve-se no registo de prazer-desprazer da primeira teoria das pulsões. Nos Três Ensaio s sobre a Teoria da

Sexualidade (1920), Freud estabelece uma conexão entre as toxicomanias e as fontes somáticas directas das pulsões sexuais. Deste modo, com a noção de narcisismo, Freud mantém o paralelo: Pulsões sexuais e pulsões do Ego (ou de auto-conservação), à qual acrescenta a oposição lúcido do objecto/ lúcido do eu.

A dor mental é algo que está claramente presente em casos de toxicomanias, por uma incapacidade de elaborar mentalmente os acontecimentos de vida, os afectos.

Importa deste modo, ressaltar a perspectiva de Freud (1895, citado por Fleming, 2005) face à dor mental, em particular à dor do desamparo. Freud (1926, citado por Fleming, 2005) define a dor mental como a reacção própria à perda do objecto. Subsequente à dor mental, Freud associa uma incapacidade de tolerar a frustração pelo fracasso da capacidade de simbolizar, da própria função simbólica, e consequentemente do pensamento.

Fleming (2005) pronuncia-se neste mesmo sentido afirmando: “No paciente dependente de substâncias químicas: nele a dor mental apresenta-se em travesseiro, sob a forma de dor física num corpo mal tratado ou num corpo em estado de ressaca” (p.5). Para esta autora, a dor mental é um fenómeno de fronteira, a meio caminho entre o somático e o psíquico. Não se tratando de um caso ou de outro em exclusivo, a dor mental denuncia a incapacidade que os sujeitos dependentes de substâncias têm de elaborar mentalmente, o que atesta uma lacuna no processo de simbolização.

Existe um número significativo de trabalhos no domínio da investigação psicológica que sublinha que os toxicómanos relevam, frequentemente, uma história pessoal pautada por carências relacionais desde os primeiros tempos de vida (Rosenfeld, 1968; Olivenstein, 1989; Fleming, 2001; Morel et al, 1998; Torres, 2003; Pinheiro et al, 2006; citados por Torrado e Ouakinin, 2008).

A investigação levada a cabo nesta área, tem verificado também que os toxicómanos, provêm tendencialmente de famílias em que são percebidas relações emaranhadas e com limites pouco claros entre os subsistemas parental e filial, fomentadoras da interdependência bloqueadoras do processo de autonomização do indivíduo sintomático e evidenciam frequentemente (nomedadamente os

toxicodependentes masculinos) um vivido relacional sentido como pouco gratificante/estruturante com a figura paterna em virtude da sua ausência física/e ou emocional (Seldin, 1972; Amaral Dias, 1980; Kaufman, 1981,; Haley, 1982; Stanton, 1982; Bergeret et Le blanc, 1984; Spottz et Choutz, 1985; Fleming, 2001; Pinheiro et al , 2001; Ramos Serra, 2004; Angel et Angel, 2005; citados por Torrado e Ouakinin, 2008).

Não obstante a presença de estudos que corroboram a ideia de que na toxicodependência existem problemáticas psicopatológicas comuns ao indivíduo adicto, a investigação científica efectuada nos últimos anos no âmbito desta problemática, parece confirmar aquilo que também é uma constatação clínica, isto é, que os toxicodependentes diferem bastante uns dos outros no que se refere às suas estruturas de personalidade, à presença ou não de psicopatologia associada, ao grau de severidade do problema, às doenças físicas associadas, aos problemas sociais, etc (Fleming e Machado Vaz, 1981; Cancrini, 1994; Fabião 2002; Silva e Bacelar-Nicolau, 2003; citados por Ferreira, 2004).

Alguns estudos acerca da investigação realizada com vista à identificação de perturbações de personalidade em grupos de toxicodependentes, permitem concluir que embora se tenha investigado intensivamente no sentido de pôr em evidência um tipo de personalidade específica para a toxicodependência, esse mesmo tipo de personalidade específica não foi encontrado (Fabião, 2002).

Existem vários estudos que corroboram a heterogeneidade e coexistência de vários grupos-tipo sob a designação geral de dependência de drogas (Blatt, 1990, citado por Fabião, 2002). Assim, identificou três grupos de toxicodependentes e concluiu que estes grupos poderiam ser caracterizados como perturbações de personalidade, perturbações borderline e depressões. Por outro lado, Calsyn (1990, citado por Fabião 2002) encontrou, numa amostra de dez toxicodependentes, 47% com perturbação afectiva, 22% com perturbação de personalidade e 10% com sintomas psicóticos.

Cancrini (1994, citado por Fabião 2002) numa revisão da investigação científica sobre psicopatologia no toxicodependente, concluiu, com base na literatura existente,

de que é possível enquadrar os toxicodependentes em quatro grupos tipo: a) perturbações adaptativas, em que há uma relação evidente entre um acontecimento externo (trauma psíquico) e o comportamento de abuso de droga; b) perturbações neuróticas, em que o consumo de droga tem como função principal a redução da ansiedade interna; c) psicóticos e borderline sendo que estes constituem um grupo heterogéneo onde o consumo de droga pode criar um intensa experiência de liberdade; d) perturbações sociopáticas da personalidade que, muito frequentemente, expressam os conflitos através do acting-out.

No que concerne às perturbações de personalidade associadas à toxicodependência, admite-se que as alterações do comportamento, associadas a uma vida ligada às drogas ou álcool, levam a uma perda de relações sociais e familiares, e subsequentemente a alterações do pensamento, dos afectos e do comportamento.

Na perspectiva de Dias Cordeiro (1994), determinados factores sociais podem ser tidos como predisponentes ao uso da droga, para além desta representar uma necessidade de obtenção de prazer imediato e de ser uma forma de negar a realidade e de rejeitar a sociedade. Outro aspecto na sociogénese dos comportamentos do toxicodependente, prende-se com a desestrutura familiar e com a ténue proximidade face à figura paterna, necessária à identificação e vivenciada de forma confusa.

A literatura psicanalítica descreve o comportamento do toxicodependente como correspondendo a uma fixação libidinal com regressão a estádios anteriores do desenvolvimento psicosexual: Pré-genital, anal, ou ainda mais arcaico, dando uma ênfase muito especial ao estádio oral. Neste contexto, a vontade do prazer imediato, a regressão a um estádio interno de imaturidade, os riscos físicos e psicológicos que sugerem componentes narísicos, a auto-destruição evocando depressão e a procura implícita da morte são componentes vulgares na intoxicação repetida, simbólica das dificuldades acima mencionadas (Reynaud, 1987).

De acordo com Trincão (1990) tendo em conta os três tipos de angústia o efeito da maioria das substâncias químicas ingeridas, injectadas ou inaladas nas toxicodependências, são-no por proporcionarem uma diminuição do sofrimento

psíquico, aqui representado por níveis de ansiedade, que serão tanto mais elevados quanto mais antiga for a angústia dominante.

Amaral Dias (1991) define a toxicod dependência como, uma intensa defesa maníaca, já que muitas das vezes nestes casos está subliminar uma angústia de morte não elaborada, que se estenderia entre a neurose obsessiva, atendendo ao comportamento estereotipado, ritualizado de todos os movimentos desde a aquisição do produto até ao seu consumo; e a perversão, uma vez que existe na vivência toxicómana, toda uma duplicidade a nível relacional e da vivência diária.

Amaral Dias (1979) considera a problemática aditiva indissolúvelmente ligada à crise da adolescência. Cada indivíduo no momento que se torna adolescente, é forçado a alterar a ideia do pai e da mãe, ideia a que esteve ligado no decorrer da infância.

Existem, de acordo com Amaral Dias (1991) toda uma série de motivos que se devem ter em conta, em casos de toxicod dependência e que estão intrinsecamente interligados: A ausência da figura paterna, como tal referência importante e necessária à introjecção de uma imagem na assumpção da identidade, diferenciação e delimitação da relação que se estabelece com a mãe, regra em geral erotizada e hiperprotectora, para além dos condicionalismos sociais. O autor supracitado realça a importância relativa que se deve dar à questão da ausência dos pais, nos casos de iniciação a uma conduta aditiva, já que a sua vivência se caracteriza por uma global ausência de esperança, a qual é revisitada de outra forma.

A vivência do toxicómano, pauta-se segundo Amaral Dias (1991), por uma angústia, por uma angústia face à vida, bem como por um comportamento isento de limites, incontrolável em que o vazio ecoa. O meio preferencial de actuação do toxicod dependente, é por via da projecção, fruto da incapacidade de introjecção de um bom objecto interno total, simultaneamente bom e mau. Há nestes casos, uma clivagem alternada entre o bom e mau e mau e bom, resultante do caos interno. Toda esta clivagem, é subsequente da não elaboração da posição depressiva, avançada por Bion, na medida em que não há uma abdicação por parte do toxicómano, da

relação de exclusividade, erotizada e desejada face à figura parental do sexo complementar. Mediante um objecto de identificação que “não se apreende, porque prende” (Amaral Dias, 1991, p.65), resulta que todo o processo desenvolvimental no toxicómano, no sentido da sua individuação, diferenciação, fica comprometido, resultando numa pseudo-indivuação.

O uso e consumo prolongado de drogas, pode resultar por si só em algo paradoxal, já que se por um lado o indivíduo se deseja diferenciar, emancipar e autonomizar face às imagens parentais, o que consegue pela via ilusória do consumo de drogas, o facto é que esta dependência vai degenerar numa perpetuação de uma relação de dependência face às mesmas. A esta função, Stanton (1979, citado por Fleming, 1995) denominou por pseudo-indivuação.

Neste sentido, também Weidman (1983, citado por Fleming, 1995), perspectiva a temática da toxicodependência, como sendo algo vivenciado por um sujeito, que não se individualizou face às imagens parentais, mantendo-se numa relação que se caracteriza pela dependência e simbiose dos laços, em que os movimentos no sentido da autonomização e individualização são escassos. Com o encetar da adolescência, esta problemática irá intensificar-se e a droga funcionará como via para reivindicar uma mudança da teia relacional, ou ao invés, manter a homeostase ilusória com a perpetuação da adicção.

Segundo Amaral dias (1980, citado por Fabião, 2002), os toxicodependentes apresentam uma grande variedade de estruturas de personalidade, mas regridem para um ponto comum, através da experiência com drogas.

Na perspectiva de Bergeret (1998), podem-se identificar vários aspectos da personalidade dos toxicodependentes: Indiferença generalizada, falta de confiança em si próprios e nos outros, afastamento das relações interpessoais, pobreza de vida afectiva, vazio interior, angústias intensas e devastadoras, imediatismo e intolerância à frustração.

O funcionamento psíquico do toxicodependente pode desenvolver-se sobre qualquer tipo de estrutura da personalidade. Independentemente da estrutura subjacente a

estas diferentes formas, parece haver, de acordo com o autor, características comuns, que são as manifestações comportamentais, as carências imaginárias e as carências identificatórias (Bergeret, 1998).

Rosenfelt (1965) aponta para a primeira infância como o solo fértil e determinante de uma toxicod dependência (citado por Fleming, 2005). Young propõe que o aspecto psicodinâmico essencial, na etiologia das toxicod dependências se relaciona, com as inadequações do relacionamento de contenção mãe-bebé (1996, citado por Fleming 2005).

De acordo com Fleming “um dos aspectos mais relevantes postos em evidência pela investigação científica tem a ver com a descoberta da existência nas famílias de toxicod dependentes de carências de cuidados parentais muito precocemente” (1995, citado por Fleming, 2005, p.6). Num estudo realizado por Pinheiro et al (2001), com tríades compostas por pai-mãe-filho cocainod dependente, verificou-se que:

o pai do cocainod dependente é um sujeito que se ausentaria da função paterna em seu sentido dinâmico, inconsciente, e, ao ausentar-se lançaria mão das identificações projectivas defensivas (Grotstein, 1981), espécie de último recurso disponível para se vincular ao filho, vínculo esse marcado pelo abandono, pelo desamparo, quando predomina o ódio.
(citados por Fleming, 2005, p.6).

2.3. Identidade

A consciência do Eu, é a certeza própria do sujeito vígil, em estado de perfeita consciência “eu sou eu mesmo”. O Eu faz com que a pessoa vígil e lúcida, conhecedora de si mesma, “se sinta de uma forma harmoniosa e orientada, percebendo, desejando, carecendo, impulsionada, solicitando, sentindo, pensando, actuando, na continuidade da sua trajectória vital”. (Scharfetter, 1999, p.73).

A identidade do Eu é a consciência da própria identidade (do latim *idem* = exactamente aquele, um e o mesmo) e continuidade, das modificações da configuração própria e do mundo ao longo do curso da vida: O facto de o sujeito saber que, desde o seu nascimento até ao presente, é o mesmo sujeito capaz de dizer Eu, referindo-se a si próprio, que se modifica no seu modo de ser, ao longo do tempo, etc (Scharfetter, 1999).

O processo de formação da identidade dá-se por uma assimilação mútua e bem conseguida de todas as identificações fragmentárias da infância, as quais se espera que posteriormente se incluam de modo a que a identidade individual se solidifique.

A formação da identidade desenvolve-se progressivamente, a captação do Self como uma “entidade organizada e diferenciada, separada e distinta do ambiente que a rodeia, que tem continuidade e capacidade para continuar a ser a mesma ao longo de sucessivas mudanças, constitui a base da experiência emocional da identidade” (Jacobson, 1969, citado por Grinberg & Grinberg, 1998, p.20).

O eclodir da identidade está em estreita relação com o processo de desenvolvimento psicosssexual (Grinberg & Grinberg, 1998). Relativamente a esta questão, há que destacar dois aspectos: Um que acentua as semelhanças consigo próprio e outro que acentua as diferenças específicas entre o Self e os outros, que surgem da comparação e do contraste com os demais. Com tal, pretende dizer-se que um indivíduo tem uma identidade construída, quando as diferentes partes componentes do seu Self estão coerentemente organizadas no seu todo, de modo a que haja um sentimento de identidade unificada; e que possua também características diferenciadoras que permitam fazer uma distinção entre o eu e o outro. Assim, “o núcleo do Eu incipiente e, posteriormente, a imagem do Self, é a imagem corporal” (Greenacre, 1958, citado por Grinberg & Grinberg, 1998, p.20).

Falar em identidade pressupõe, falar em processos de identificação, já que a primeira resulta na melhor ou pior das identificações (Matos, 2002). É certo que se parte de uma identidade biológica, objectiva e de um programa genético, mas esta não é um fim em si mesma, antes pelo contrário, que em parceria com o meio, em particular o

ambiente afectivo-humano e sócio-cultural, permite a construção da identidade subjectiva.

Daí se depreende, que é nas relações de objecto, bem como nas relações intersubjectivas, que se alicerça a base da construção e transformação permanente da nossa identidade. Somos portanto, de um certo modo, resultado do meio social e interpessoal em que nos encontramos. Contudo, “somos também - e desde o início - criadores activos (...), espontâneos e livres do nosso ser psíquico, da identidade peculiar que nos vai definindo e diferenciando. Ser intencional por excelência, o homem constroi-se - mais que é construído” (Matos, 2002, p.215).

Seguindo a linha de pensamento de Coimbra de Matos (2002), a construção da identidade dá-se em três processos:

- o primeiro destes, é um tipo de identificação primária que se designa-se por *identificação imagóico-imagética*. Aqui o indivíduo identifica-se por incorporação da imago e/ou imagem que lhe-é atribuída pelos seus significativos, como seja os pais ou as pessoas que tomam conta da criança e lhe vão transmitindo através de mensagens conscientes e inconscientes uma imagem ou imago de rapaz ou de rapariga. É esta identificação que vai levar à construção do núcleo primário de identidade, à primeira cristalização identitária, isto é, à identidade psíquica básica. A identidade sexual é, em grande medida, construída pelo fantasma identificativo (imago sexuada) que a mãe projecta sobre o seu bebé. A identificação imagóico-imagética, é uma identificação introjectiva, que tem origem na relação de objecto primária;

- o segundo processo denomina-se por *identificação idiomórfica*. É uma identificação por aprendizagem directa, experiência de se ver e de fazer, bem como mostrar-se e mostrar o que faz. Ou seja, tanto os rapazes como as raparigas vão-se identificar à sua imagem sexuada por eles desenvolvida, reconhecida e assumida. A identidade é, nesta fase, uma identidade sexuada, na qual a auto-imagem do corpo sexuada é estática, na medida em que se foca em exclusivo na percepção da diferença de sexos. É um período importante no processo de construção da identificação sexual, não só pelo carácter altamente activo que a criança em desenvolvimento tem neste processo,

numa construção autónoma, como também pelas simbolizações da identidade sexual que lhe são atribuídas;

- o terceiro processo designa-se por *identificação alotriomórfica ou xenomórfica*. A criança vai construir a sua identidade por identificação ao modelo. Vai, portanto identificar-se ao objecto escolhido, “amado, admirado e também invejado”, ao qual se procura fazer parecer (Matos, 2002, p.219).

“O percurso natural e ‘desenvolvimentista’ da identidade faz-se, porém e felizmente, no sentido de uma progressiva diferenciação, por transformações enriquecedoras da qualidade identitária distintiva” (Matos, 2002, p.221).

2.4. Identidade e Toxicodpendência

De acordo com os resultados obtidos num estudo recente, verificou-se que os toxicodpendentes parecem apresentar uma representação identitária significativamente mais perturbada ao nível do conhecimento de si próprios, auto-estima, sentimento de adequação às normas e regras sociais, relação com o corpo e com a sexualidade, moralidade, ideais como pessoa, relação com o núcleo familiar e adaptação nas relações interpessoais. Os autores verificaram de igual modo, que não só o toxicodpendente parece manifestar uma percepção do seu papel de género pouco consolidada, como também se observa nos mesmos uma forte associação entre um auto-conceito perturbado e a percepção de um pai controlador e não promotor da autonomia (Torrado e Ouakinin, 2008).

Segundo Fieldman, Woolfolk e Allen, existe no toxicodpendente, uma percepção perturbada de si próprio e uma fragilidade identitária. Esta mesma fragilidade, “parece estar sedimentada por uma história pessoal frequentemente pautada por frustrações afectivas ancestrais, resultando no desenvolvimento de perturbações da personalidade, muito frequentemente associadas a uma precária auto-estima, depreciação do auto-conceito e tempo prolongado de consumos (1995, p.58).

Moreira e Marques-Teixeira, referenciam que o papel secundário que os toxicodependentes parecem atribuir ao seu corpo, ao nível do explícito, não deve ser entendido como uma desvalorização do mesmo, mas antes como um meio de distanciamiento que estes sujeitos executam relativamente a si próprios, à sua essência “numa separação quase esquizofrénica de um eu-sem-corpo e um corpo-sem-ser, como se de algum modo esta fosse a única forma de sobreviver às suas angústias e contradições” (2000, citados por Torrado e Ouakinin, 2008, p.58).

A precariedade do conceito de si, com um concomitante comprometimento da auto-estima, são fundamentados pelos resultados de alguns estudos, que salientam a preponderância de aspectos de desvalorização pessoal nestes indivíduos, associados a uma percepção negativa de si próprios, assim como dificuldades ao nível das competências sociais, desconforto no relacionamento interpessoal e superficialidade das relações (Silva e Bacelar-Nicolau, 2003). Deste modo, o comportamento toxicodependente, parece constituir uma tentativa de restaurar sentimentos de desvalorização e fragilidade narcísica (Farate, 2001, citados por Torrado e Ouakinin, 2008).

Pela sua ausência da família ou pela demissão do seu papel, o pai não consegue mediatizar no contexto maturativo, a relação mãe-filho. Assim, a fraqueza e a ausência da autoridade do pai, não permitem ao adolescente fazer o luto das imagens parentais idealizadas e de progressivamente, as substituir por imagens reais num processo de identificação fundamental ao desenvolvimento normal.

Muitos teóricos têm-se dedicado à temática do narcisismo na toxicomania. A este propósito, Fenichel (1938) desenvolve a ideia de que os toxicómanos têm uma fixação numa finalidade narcísica passiva, e procuram unicamente a obtenção da sua própria satisfação sem que nunca satisfaçam os outros, fazendo uso da elacção de modo a preservar a auto-estima e satisfazer um desejo sexual arcaico. Contudo, estas abordagens não contemplam a questão da falta da substância, que aparece como um efeito secundário, nem mesmo da repetição que é subsequente à falta (Charles-Nicolas,1991).

Segundo Dias Cordeiro (1994), o toxicómano encontra-se num estado de regressão narcísica, em que a necessidade de satisfação imediata, o leva a procurar em si mesmo, a fonte de satisfação do desejo. O toxicómano inicia, deste modo, uma conduta auto-erótica, em que é simultaneamente fonte e objecto de prazer. Perante a incapacidade de esperar o prazer obtido por via oral, o toxicómano procura uma solução mais rápida, recorrendo à utilização endovenosa das drogas, representativa da regressão mais profunda do dependente.

A propósito do desenvolvimento precoce dos toxicodependentes, Olievenstein (1990) refere o “estádio do espelho quebrado” por alusão ao conceito lacaniano da “fase do espelho” na formação da identidade, quando a descoberta de “outro” num espelho real ou simbólico permite à criança o corte da relação fusional com a mãe. É a etapa inicial e fundamental para que se dê o processo de individuação. Nas situações patogénicas, pode acontecer que o sujeito não aceda a uma imagem integral de si. Tem a percepção de uma falta, de uma quebra, de um vazio radical.

Numa realidade que se caracteriza pelo normativo, pelo igual, nos casos de toxicodependência, a procura de uma individualidade, de uma singularidade, é realizada pela via do produto, do consumo. Assim, de acordo com Amaral Dias (1995) o toxicómano encontra a singularidade por via da sua história e particularidade do seu desejo.

Ao se perpetuar a vivência alicerçada no consumo de drogas, e atendendo a que em grande parte dos casos de toxicodependência, falamos de famílias cujos pais, enquanto modelos de identificação, se encontram física ou emocionalmente indisponíveis ou ausentes, podemos depreender que o processo de desenvolvimento da identidade, basilar para o equilíbrio psíquico humano, está condicionado.

A toxicodependência encontra sem dúvida aí um terreno de fragilidade psíquica onde pode desenvolver-se. Esta fragilidade, não tendo sido reparada pela vida, cria condições propícias para a apetência de «soluções» (o efeito dos tóxicos), meios que embora sendo artificiais estão disponíveis no mercado e dão ao sujeito fragilizado a ilusão de uma ajuda que os alivia de um sofrimento nunca transformado, porque nunca visto e compreendido (Fleming, 1995, p.58).

Atendendo a que a maioria dos comportamentos de adicção, se iniciam pelo início da adolescência, fase em que, em que o *luto face a um corpo infantil* é necessária para que se dê a passagem para um *corpo adulto*, assim como um *luto face relações parentais*, o que em casos da toxicomania, não se antevê (Amaral Dias, 2003).

A adolescência é uma fase em que a tomada de decisão passa a ser feita pelo próprio, o que, pelo que se verifica nos casos de toxicomania se encontra deveras comprometido, na medida em que não houve espaço para a elaboração do luto face às imagos parentais, pelo inexistência de um movimento de distanciamento, diferenciação, autonomização face aos mesmos pelo adolescente. Nas palavras de Amaral Dias (2003) :

Começa a ter que tomar decisões e perde os eus auxiliares que são os pais. Há dois lutos, um luto pelo corpo infantil, e há um luto pelos eus auxiliares representados pelos pais. Esse luto põe a nu a integridade psicológica da pessoa (p.136).

Ao longo do processo de desenvolvimento, de expansão, que é a adolescência, o grupo no qual o adolescente se insere, assume um papel de extrema importância, enquanto facilitador da aquisição de uma identidade própria. Neste contexto, o adolescente, vai ter a possibilidade de estar em relação com outros tantos jovens, cujas idades são próximas mas diferentes dele, e em que a partilha de experiências, perspectivas sobre a vida, justiça, amor, são abordadas de acordo com os diferentes pontos de vista que cada um tem face à temática.

(...) Os grupos de toxicodependentes são grupos homogéneos. São grupos de iguais no pior sentido do termo, de pessoas que partilham algo, e esta partilha tem uma característica muito interessante, no sentido psicológico. O grupo patológico na adolescência caracteriza-se por ser um grupo que está convencido de uma verdade, ainda que esta verdade seja absolutamente mentira. Cultivam um dialeto para a sua própria estrutura identitária. Funciona como uma tribo, têm um dialecto, e é por isso que os toxicodependentes têm uma linguagem própria, inventam uma nova

linguagem, têm uma subcultura com uma linguagem própria. Há uma tribalização, que faz com que se olhe com desprezo e arrogância para o resto da realidade (Amaral Dias, 2003, p.141).

Ao longo da adolescência, é chegado um momento, em que após de realizada toda uma série de experiências, vivências e aprendizagens em uníssoco, em cooperação, é altura do adolescente partir por si, o que implica um derreadeiro luto nesta fase, o luto face ao grupo, e a capacidade para continuar o trilho da vida, possível por toda a partilha anterior.

3. Metodologia

3.1. Estudo de caso

Segundo Huber (1993, citado por Pedinielli, 1999, p.76), o estudo de caso visa não só dar uma descrição de uma pessoa, da sua situação e dos seus problemas, mas também procura esclarecer a origem e o desenvolvimento, tendo a anamnese como finalidade a identificação das causas e da génese desses problemas. Esta é, portanto uma abordagem que privilegia uma abordagem global do indivíduo, não se restringindo à sua sintomatologia.

3.2. Instrumentos

3.2.1. Entrevista clínica

A propósito da entrevista de investigação, Blanchet e Gotman (1992, citados por Pedinielli, 1999) referem: Entrevistar alguém é, mais do que questionar, uma experiência, um acontecimento particular que se pode controlar, codificar, padronizar, profissionalizar, gerir, acalmar à vontade, mas que comporta sempre um certo número de incógnitas (e portanto de riscos) inerentes ao facto de se tratar de um processo de interlocução, e não apenas de um levantamento de informações. Anexo I

3.2.2. Rorschach

Com a utilização dos métodos projectivos, pretende-se aferir a uma investigação dinâmica da personalidade, a qual se expressa mediante a percepção que o sujeito tem diante a um material pouco estruturado, ao qual pode atribuir múltiplas e diferentes significações. Estas serão altamente reveladoras da modalidade de funcionamento mental do indivíduo, em particular da sua forma de resolução de conflitos, do modo como apreende a realidade, dos mecanismos de defesa mais utilizados ou ainda da sua economia afectiva.

A prova projectiva Rorschach, é composta por dez cartões cujo material patente em cada uma delas não é estruturado, tratam-se de manchas de tinta produzidas sobre um fundo branco, mas simétrico. Solicita-se ao sujeito: Vou-lhe mostrar dez cartões e vai dizer-me tudo aquilo em que eles o fazem pensar, o que pode imaginar a partir destes cartões (Chabert, 1999).

Na sequência da apreciação da informação fornecida através do Rorschach, pode-se aceder a um outro nível de conhecimento como, a natureza da angústia do sujeito e das relações de objecto, dos seus mecanismos de defesa, organização do Ego, para além da relação que tem com o real e com o seu corpo.

3.2.3. Procedimento

Definido o objecto de estudo definiu-se um plano de aplicação da investigação e da recolha da informação. Numa primeira instância, a participante foi contactada pela sua terapeuta do local onde realizei um estágio. Após estes primeiros contactos, foi possível um primeiro contacto com a psicóloga da participante, na sequência do qual se estabeleceu o horário e local onde seriam possíveis os encontros.

Acordou-se que as primeiras sessões se destinariam à realização da entrevista clínica, sendo que na sexta sessão foi aplicada a prova Projectiva Rorschach. Anexo 2.

A duração das entrevistas oscilou entre os 50/60 minutos.

4. O Caso da J..

4.1. Anamnese da J.

A J. é uma rapariga de 18 anos de idade, de estatura média e com um peso corporal médio-baixo. Tem a pele clara, os olhos castanhos claros, algo “esbugalhados” e bastante expressivos do seu estado de ânimo. A evolução que se registou ao nível do seu processo terapêutico, reflectiu-se na sua passagem para a 2ª fase de tratamento. O culminar do seu tratamento foi antecipado na medida em que, e na sequência do incumprimento de uma das regras que regem a Comunidade Terapêutica (C.T.), a J. foi expulsa em Junho. A J. diz que se recorda de ter tido “uma infância muito feliz, sempre rodeada de todos e muito acarinhada”. (sic) Por esta altura diz: “Achava que a vida era bela”. (sic)

A J. é a mais velha de uma fratria de dois, sendo o seu irmão 8 anos mais novo. Diz não se recordar de ver a sua mãe grávida, somente de a ver no hospital, quando o seu irmão havia nascido. Este acontecimento foi marcante na sua vida, a própria diz: “Deixei de ser o centro do amor e carinho”. (sic)

Aos 10 anos frequentava o 5º ano do liceu e começou a fumar haxixe. Foi sempre uma boa aluna, até ao momento em que as faltas às aulas começaram a ser frequentes. A J. gostava de tirar um curso superior, de psicologia e de se especializar na área da toxicodependência.

Foi vítima de uma tentativa de abuso sexual por parte de um tio quando tinha os seus 11/13 anos. O tio também era consumidor de drogas e sabia que J. também consumia. Intimidou-a com tal e ameaçou contar aos seus pais se ela lhe resistisse.

Aos 14 anos a J., comete duas tentativas de suicídio com comprimidos, numa das vezes com anti-depressivos que a sua mãe estava a tomar “Comecei a pôr um a um na boca, à frente da minha mãe “ (sic) e é internada, em consequência num hospital psiquiátrico.

Quando a J. tem 15 anos o seu pai começa a adoecer e morre com um cancro no sistema digestivo. Por esta altura diz ter entrado numa depressão profunda. Inicia o consumo de “drogas duras”, cocaína e ecstasy. Deixa de se dar com os seus amigos de escola, pois sentia que não tinha nada a ver com “aquele tipo de pessoas normais”. (sic) Sentia-se bem, salvo raras excepções, no seio de grupo de “amigos de consumo”.

Ao nível de relacionamentos íntimos, a J. refere que namorou “a sério”, pela primeira vez aos 17 anos, e que relacionar-se com uma pessoa de que realmente goste e que seja recíproco, não é possível: “(...) Com um pessoa de quem eu gostasse como ele parecia que não era possível, somente com pessoas que me dissessem menos (...)”. (sic)

A imagem que a J. tem do seu pai é de uma pessoa alcoólica, pouco disponível para si, ausente e que lhe poderia ter prestado mais atenção: “O meu pai chegava a casa muito tarde e bebia muito. Contava com ele mas para falar nunca houve abertura. Há medida que o meu irmão crescia foi-se notando mais a diferença, as coisas nunca mais foram as mesmas (...)”. (sic)

Considera que a sua mãe é muito parecida consigo. Para a J. a mãe é alguém que ou se demonstra muito presente, tem momentos em que consegue ser atenciosa, amiga e protectora, ou contrariamente, ausente, em que fica “completamente egocêntrica, como se negligenciasse a sua função de mãe”. (sic) Entre ambas diz existir uma relação de grande competitividade. Refere que a relação com o avô materno não existiu, uma vez que segundo a própria, ele reprovava a opção de vida, o rumo que J. seguiu, e afastou-se. Com a sua avó materna a relação era muito boa. Demonstra nutrir sentimentos de culpa face a esta avó “sinto que abusei dela, que usei o que ela sentia por mim para obter o que queria”.(sic) A J. nutre um carinho especial pelo seu irmão, de acordo com a própria “ O que eu sinto por ele é um amor enorme, sinto que é uma relação segura”. (sic)

Tem uma boa relação com a sua tia, à qual confia muitos aspectos da sua vida. Antevê o seu futuro sob dois pontos de vista, um optimista, e um outro pessimista, em ou irá conseguir deixar os consumos de droga e seguir em diante com todos os projectos que tem em mente, nomeadamente os estudos superiores, ter as suas coisas, uma casa, ou então manter-se no estado dependência face às drogas .

Durante o espaço de tempo consagrado à realização de entrevistas individuais, e passagens de testes, a J. demonstrou-se sempre muito espontânea e à-vontade no que dizia e no modo como o dizia, havia uma fluidez natural no que dizia e no modo como o dizia. As palavras saíam-lhe com naturalidade e com emoção. Apresentava boa disposição, uma grande vontade de cooperar e de se pensar. Por vezes revelava um pouco mais claramente, a sua ansiedade e tristeza, não se coibindo de chorar e de procurar na minha pessoa alguma securização.

4.2. Análise da 1ª entrevista

A realização desta primeira entrevista, tinha como finalidade, conhecer um pouco quem é a J. na sua multiplicidade, enquanto rapariga, filha, amiga, irmã. Desta entrevista, acho de facto, importante realçar a intensidade de sentimentos que a J. transmitiu face aos seus entes queridos. Achei interessante, não se ter focado unicamente, na questão da toxicodependência propriamente dita.

A J. relata de como se sentiu bem enquanto criança, feliz, gostada, acarinhada pelos que lhe eram próximos, situação que viu alterada aquando do nascimento do seu irmão. “Enquanto criança sempre vivi muito rodeada por todos, sempre muito acarinhada, muito querida, tive uma infância muito feliz (...) Quando tinha 8 anos nasceu o meu irmão, foi aí o problema, era como se deixasse de ser o centro do amor e carinho”. (sic)

A relação que mantinha com o pai, não era de todo, o que idealizara. A J. gostaria de ter tido um pai mais disponível, não alcoólico e mais presente, o que de resto, é notório no seu discurso. Paralelamente, denota-se pelo modo como a J. fala do seu pai, que para além da tristeza que a acompanhava pelo facto de gostar de o ter tido mais próximo de si, de ter sentido o seu amor de perto, também sente uma certa

zanga pelo facto de o seu pai ter falecido numa altura em que a J. não contava, em que tinha ainda coisas para lhe dizer, o que não foi possível. É também possível identificar, um sentimento de culpabilidade da sua parte, por não ter acompanhado a progressão da doença do seu pai e lhe ter prestado a atenção e apoio desejados. “Eu só o visitei duas vezes”. (sic)

Associado a tudo isto, é de realçar a vergonha que revela em ter tido um pai alcoólico. “Como pai foi ausente, mesmo antes do meu irmão nascer, era alcoólico”. (sic). O modo que a J. encontrou para lidar com o sofrimento que sentiu face à morte do pai, foi um recalçamento, que durou até ao início do seu processo terapêutico. Tal mecanismo de defesa, ter-lhe-ia servido até ao momento, para evitar o seu confronto com o seu sentimento face ao pai, com o qual não saberia lidar. A J. gostava do seu pai, mas estava, a meu ver zangada pelo amor que gostaria de ter sentido da sua parte e que não sentiu como desejava, ciúme face à relação que o pai tinha com o seu irmão, e por ter morrido, sem que tenha tido oportunidade de lhe falar tudo o que gostaria de ter dito e de se despedir, deixando-a só com a sua mãe e irmão.

O mesmo mecanismo foi utilizado para lidar com um outro acontecimento da sua vida traumático, a tentativa de abuso sexual da parte do seu tio, o qual segunda a mesma: “Apaguei da minha memória, lembrei-me quando cheguei aqui”. (sic) Esta foi, possivelmente a via pela qual a J. teve de lidar com o sucedido, visto não ter outros recursos internos e externos, que a permitisse revelar, o que realmente tinha sucedido, sem que alguém saísse magoado, para além da própria J. Tratam-se, portanto de duas situações em que a J., evita claramente o conflito, o encontro com sentimentos dolorosos.

No que respeita à relação com a mãe a rivalidade e a indefinição de papéis entre mãe e filha, também é algo perfeitamente visível e que a angustia. A J., gostaria de ter uma mãe à semelhança da imagem da sua tia, caseira, com quem sabia que poderia contar, que a aceitaria tal qual é, pois a meu ver a J. sentia que não era a filha que a sua mãe idealizara, que demonstrasse de modo consistente como a amava e não esporadicamente.

Curioso é o facto de a J., não se recordar da gravidez da sua mãe, era como se a J., tivesse por e simplesmente feito uma negação da gravidez da mãe, não queria que alguém viesse ocupar o espaço e tempo mental dos seus pais, o qual já sentia insuficiente, sobretudo da parte do pai. A J. necessitava, como qualquer criança, de amor, carinho atenção, protecção, o que temia ver diminuído com a chegada de um irmão, daí negar essa realidade. Não obstante, actualmente, diz gostar muito do seu irmão, o que é visível na sua expressão, os seus olhos brilham de orgulho.

Um outro aspecto que considero importante, é o facto de a J., referir que a nível relacional, para além de referir a pouca confiança que tem, de que gostem realmente de si, relacionar-se com alguém de quem goste genuinamente e que seja recíproco não era possível “(...) Com uma pessoa que eu gostasse como ele parecia que não era possível, somente com pessoas que me dissessem menos (...)”. (sic) Mais uma vez, estão em questão os sentimentos, aceitar a relação de forma completa e simétrica, estando sempre em evidência um medo da separação e do fim da relação. A J. prefere não arriscar, e portanto não investir numa relação em que haja reciprocidade de sentimentos. A relação que a J. teve com o seu namorado, era de acordo com a própria, uma relação que lhe transmitia serenidade, pois sabia que ele gostava muito dela, mais do que ela dele, donde se denota a grande necessidade que a J. tem de ser amada e cuidada pelos outros, de modo a que se sinta segura de si.

4.3. Análise da 2ª entrevista

Na sequência da 1ª entrevista, eis que haviam alguns pontos que considero que eram, de todo, importantes de aprofundar no decorrer desta 2ª entrevista, nomeadamente o nascimento do seu irmão, o modo como o vivenciou, a alteração incontornável que se sentiu na vivência diária em sua casa, a relação que tem com a sua mãe e tia, como se vê e como se vislumbra o seu futuro.

A postura da J. hoje na entrevista, foi diferente, aparentava estar mais ansiosa e triste. Associo este seu estado a um relacionamento de proximidade que tem mantido com um residente, face ao qual já foi chamada à atenção, por parte da equipe técnica. A J. volta a referir que não tem qualquer lembrança de ver a sua mãe grávida, só se

recorda de a ver já com o bebé no hospital. Diz: “Gostei muito de o ver, mas tinha medo de o partir”. (sic) Pergunto-me, seria este o medo da J., por inconscientemente lhe ter agredido tanto, a ponto de o destruir, de o fazer desaparecer reduzindo-o a nada? Seria este o seu desejo, que o seu irmão não existisse, pois viria a retirar-lhe o carinho e o amor que tanto desejava para si? Mas paralelamente fala dele com um carinho tal, que ponho a hipótese de que até que ponto é que se trataria da única forma que teve de lidar com a inevitabilidade dos acontecimentos, ou seja, do nascimento do seu irmão, de o aceitar, podendo ao ser uma irmã exemplar, valorizada?

Um aspecto que acho curioso, é uma memória que a J. tem de criança (6/7 anos), de ver o seu pai bêbado pela janela, quando festejava o seu aniversário. Aqui a J. reforça, uma vez mais, o sentimento de vergonha que o problema do seu pai lhe trazia “Lembro-me perfeitamente de no dia do meu aniversário (6/7 anos), de ter uma festa com os meus amigos (...) e de o ver no beco da rua completamente bêbado (...) Foi uma aflição que nunca vou esquecer e que me marcou” (sic). Posteriormente, enquanto adolescente, a J. integraria num grupo que admirava, o que inconscientemente lhe permitiria sarar a ferida de ter sido a “filha de um bêbado”.

A J. refere, novamente como a relação de competitividade com a mãe lhe magoa. A J. gostava de ter uma mãe em casa e não uma rival “Quando nos zangamos entramos numa competitividade, que queremos provar quem é mais inteligente, melhor, torna-se num jogo (...) Por vezes não a vejo como minha mãe”. (sic)

Aborda-se novamente a questão das suas tentativas de suicídio, que a meu ver mais não são do que o meio, de que a J. encontrou de dizer que existia, de que estava triste e de que precisava que lhe prestassem alguma atenção, e lhe dessem mais carinho e afecto. Relata como fez uma das tentativas à frente da sua mãe, e é com uma expressão de tristeza e incompreensão que diz: “A minha mãe ficou espedada a olhar para mim e não fez nada, fiquei doente e pensei até me deixa morrer!”. (sic) Penso que esta expressão, exprime de modo bastante claro, o que J. sentia por parte da sua mãe, pouca atenção, valorização e disponibilidade para si.

Quanto ao modo como vislumbra o seu futuro, a J. equaciona duas possibilidades, uma boa que deseja mas que teme não conseguir almejar e uma outra mais pessimista

em que a realização do que deseja não seria concretizável “Vejo a vida de duas formas: uma otimista, em que idealizo constantemente o futuro e me imagino com um curso, namorado e um apartamento, outra pessimista em que acredito que está tudo muito longe de mim, que não tenho força para fazer coisas tão simples, que não vou ter determinação suficiente para ir até ao fim e ter um curso, são muitos anos de estudo e exige muita disponibilidade e nem sempre estou ou acredito”. (sic)

A J. cliva a imagem que tem da sua mãe (boa vs má), da sua própria vida (otimista vs pessimista) e de si própria, auto-descreve-se contrapondo as boas e más características que encontra em si. Interessante é a grande capacidade de auto-análise que a J. tem, boa capacidade de insight. Como de resto é habitual, em todos os contactos que tive durante o meu estágio com a J., a sua atitude primou pela transparência, pela entrega ao que dizia e como dizia.

4.4. Análise da 3ª entrevista à J.

A J. hoje apresenta-se com uma postura diferente, o seu andar é mais vagaroso, arrastado, está tensa. A sua expressão facial revela alguma apatia e tristeza no olhar. Quando chego, converso com ela e proponho que retomássemos as entrevistas, a J. alegra-se. Este era um espaço que a J. tinha encontrado para poder falar livremente do que sentia e pensava sem a presença dos restantes residentes, situação que lhe estava a ser particularmente difícil de contornar.

A J. revela estar perfeitamente ciente de que as coisas estavam diferentes, a própria tinha consciência disso, que os outros residentes a viam inevitavelmente, de um modo diferente, o que a deixava incomodada. Da minha parte sugiro-lhe, que se vá dando a conhecer às pessoas tal qual é, que reconquiste a confiança dos outros, confiando neles também. Acima de tudo, tento que retire o que de positivo esta situação lhe proporcionaria. A.J., regressou mais consciente das suas próprias dificuldades, com muita vontade de as trabalhar, ainda que o medo a norteasse.

Diz ter sentido uma falta muito grande da mãe numa ocasião em que se falava do tema, mãe: “senti uma falta, uma dependência, uma necessidade de ver e de tocar e de ver a minha mãe para existir!”. (sic)

Subsequentemente telefonou à sua mãe que lhe disse: “tudo o que precisava de ouvir, que era muito inteligente, bonita, forte e corajosa, uma boa filha” (sic). Era de facto, disto que a J. necessitava, de que a mãe lhe demonstrasse o quanto a amava tal qual é.

Aqui a J. revela que, independentemente da indefinição de papéis, em que por vezes é a própria J que aconselha a mãe, e da relação de competição que existe entre ambas, que está disposta a assumir o seu papel de filha, de alguém mais novo que quer ser acarinhado e mimado. A J. reclama a atenção e o carinho que sempre desejou ter e que parece não ter sentido, pelo menos como suficiente, donde a prova é a sua necessidade, de ser muito gostada por todos.

Por outro lado, a J. tem consciência de que tem dificuldades ao nível da relação com os homens: “Um dos meus problemas é o meu modo de relacionamento com os homens”(sic). Nas relações amorosas que teve, tanto com o seu namorado, como com o residente da C.T, predominava uma certa obsessão e indefinição de sentimentos da sua parte que mesmo assim moviam a relação. Ou seja, com o ex-namorado a J. diz que ele gostava muito mais dela do que o oposto, o que a fazia sentir bem, tinham uma rotina de vida diária pautada pela estereotipia, acordavam, comiam, consumiam, iam para casa, tomavam café, isto durante uma série de tempo: “O meu namorado gostava muito de mim, mais do que eu dele, e isso fazia-me sentir bem, em cima”. (sic) Mesmo não muito confortável e feliz com a situação a J. mantinha-se nesta relação pois : “não sabia como seria sem ele”. (sic) Com o residente da C.T a relação não diferiu muito, ainda que com as suas respectivas particularidades. Neste caso, a relação também era regida por um sentimento de obsessão do residente face à J. Este sentimento de exclusividade era sentido pela J. como agradável, fazia-a sentir querida, especial, sobretudo amada: “A relação à medida que o tempo ia passando era como se nos sugássemos, retirava as forças e energias (...) Ficava feliz por esta pessoa gostar tanto de estar comigo e eu de estar com ele. Sentimento de dar e receber, era recíproco”. (sic)

Um outro aspecto interessante, é o modo como emprega alguns termos técnicos: “estava numa depressão enorme”, “entrava mesmo em negação”, o que seria

subsequente da experiência de tratamentos por que já tinha passado e possivelmente devido a alguma tentativa de impressionar o clínico. O facto de a J. reconhecer que tinha dificuldades ao nível da relação com o sexo oposto, serve de meio para a própria, referir que tal servirá de meio para falar de “coisas de que nunca quis falar”. (sic) Indago-me, que coisas seriam estas? Da tentativa de abuso sexual da parte do seu tio, que ao se ter concretizado, inevitavelmente comprometeu toda a sua maneira de estar e de sentir a vida?

4.5. Análise do Rorschach da J.

4.5.1. Análise dos dados quantitativos

O protocolo da J. , é extremamente restritivo, em que as características quantitativas mostram, antes de mais, um número de respostas reduzido (R-13). O tempo de latência médio, assinala um fuga para a frente na expressão (Temp . lat. médio-6 seg), não havendo assim um grande desvio entre a apresentação do cartão e o aparecimento da primeira resposta. Contudo, os cartões dispõem-se em dois grupos no que concerne ao tempo de reactividade, para uns (I, II, III,IV, VI, IX e X) as latências situam-se entre os 3 e os 21 segundos, e para outros (VII e VIII), a lentidão é visível, havendo tempos de latência entre os 2,89 e os 4,80 segundos.

O sentido desta lentidão considerável do tempo de reacção, tem inevitavelmente a ver com as solicitações latentes do cartão. O cartão VII, remete para a problemática patente na J., isto é, remete para a percepção da própria face às imagens de identificação femininas, em que a implicação simbólica, para além de ser claramente feminina e ou materna, impele o sujeito: “a situar-se em relação ao sexo feminino, à imagem feminina, ou à imagem materna, em função da sua própria relação primitiva com a sua mãe” (Chabert, 1999).

O discurso é pontuado por hesitações e silêncios, em que o protocolo é marcado pela grande dificuldade da J., perceber o estímulo, em que os processos de

pensamento se encontram num registo de não saber. O cartão VIII, embora tenha, normalmente, uma tonalidade positiva, e embora as respostas da J., não tenham um cariz disfórico, o prolongamento do tempo de latência, pode ter a ver com a presença da cor, considerada neste cartão como uma solicitação à comunicação e à troca, apelando para um plano mais direccionado da sua dimensão afectiva. O protocolo é caracterizado por precauções extremamente projectivas, como se o mundo interno da J., se sobrepusesse à percepção da forma.

4.5.2. Análise dos dados qualitativos

A ordem dos processos de pensamento, regem-se por uma primazia do mundo interno, desmentindo de certa forma, a existência da realidade externa. Os modos de apreensão, oscilam entre as respostas G e os D, embora as respostas globais sejam em maior número.

Os G's são, fundamentalmente impressionistas, em que predomina uma grande indefinição, e os elementos sensoriais são determinantes na determinação da resposta, o que caracteriza as respostas, é numa primeira instância "o facto de o engrama ser perceptivamente impreciso mas também o ser acompanhado por manifestações sensíveis, muitas vezes intensas, que mostram sugestibilidade do sujeito, sobrepermeabilidade às qualidades do material, às quais reage fortemente ao submeter-se ao seu impacte, a ponto de descurar o quadro perceptivo que serve de molde às suas respostas"(Chabert, 1999).

Os D's remetem para algum isolamento afectivo, e possuem um carácter de controlo da realidade objectiva, tendo um significado essencialmente adaptativo e defensivo, sendo contudo, necessário referir que, dois dos D's evocados, são caracterizados por um controlo perceptivo de má qualidade, ou seja, deixa de haver congruência entre o modo de apreensão e o determinante, passando a haver um desvio, que denota a existência entre a tentativa de domínio do estímulo e o insucesso nessa mesma tentativa.

A má qualidade do envelope perceptivo dado ao estímulo, em que cerca de metade dos F são menos, dá conta de uma qualidade de relação com o real frágil, em que se verifica, de facto, uma fraca produção de respostas formalmente correctas. Pode assinalar-se que, numerosas respostas F- estão associadas a afectos, a emoções, não incidindo sobre um estímulo. As respostas de má qualidade formal, podem igualmente, remeter para um desenvolvimento da realidade objectiva e do meio, e assim das relações objectais.

Em J., aparecem ligadas angústias suscitadas pela sensibilidade à cor e à disposição do estímulo: “A falência do controlo formal está ligada à falha de mecanismos da ordem da projecção que vem deformar os perceptos, ao mesmo tempo que lhes dão sentido” (Traubenberg, citado por Chabert, 1999).

O protocolo impressiona pela ausência de repostas cinestésicas, respostas esbatimento e o número reduzido de respostas cor. A ausência de cinestésias remete, ou pode remeter, para alguma dificuldade em raciocinar em termos hipotéticos, e em construir sequências dinâmicas, e pode revelar em J., um défice da sua capacidade imaginária, que é adquirida a um nível mais primário. As respostas sensoriais, em que a cor é determinante, dão conta do clima afectivo em que a J., se encontra quando confrontada com as reacções fantasmáticas e emocionais suscitadas pelas manchas. O modo de funcionamento que privilegia esta sensorialidade, pode evidenciar uma labilidade que dispõe mecanismos de defesa de tipo neurótico, em particular o recalçamento. As respostas Clob, evidenciam o impacto do estímulo tem em J., e a sua permeabilidade face à solicitação simbólica deste.

A quase ausência de repostas Ban, reflecte a fragilidade da crosta adaptativa e socializante da J., e a invasão dos seus fantasmas internos, facilmente reactivados pela solicitação latente dos cartões. O A%, encontra-se abaixo do que é considerado normativo, não indicando necessariamente, uma falha ao nível da socialização, mas podendo significar uma auto-centração intensa, um esforço para não cair numa banalização conformista. O H%, dá conta da capacidade para se identificar, com uma imagem humana, da aptidão desta para reconhecer a sua identidade subjectiva, não obstante, refira-se, que as representações humanas referidas por J., têm um carácter anónimo e assexuado, o que traduz alguma indefinição a nível da identificação.

À laia de conclusão, pode-se referir que o protocolo da J., aponta para uma modalidade de funcionamento lábil, em que são mobilizados mecanismos de defesa tipicamente neuróticos, como o recalçamento: C.II: “ Esta imagem, vejo duas crianças. E transmite pureza e ingenuidade”, assim como defesas de outra ordem como a projecção: C. VII: “Duas pessoas. Não, a mesma pessoa com duas personalidades ambivalentes, uma parte boa e a outra má, e estão em pé de igualdade, mas sempre a lutar para ver que é que vence” e a clivagem: C. V: “Isto tem duas opções, pode transmitir liberdade, tem uma grandes asas e tudo, mas por outro também transmite uma certa frieza”, típicas de um funcionamento limite. Ao fazer esta abordagem do cartão II, a J., evita o confronto com os vermelhos que fazem parte integrante da prancha e implicam uma elaboração dos afectos mais intensos, sexuais e/ou agressivos, os quais são contornados pela introdução de conteúdos em que prevalece a ingenuidade típica da infância. Mediante a resposta ao cartão VII, a J., implica-se claramente, denotando-se alguma angústia face à indefinição identitária.

Aqui fica patente o estilo relacional ambivalente que a própria tem com a sua mãe. A interpretação que faz à prancha V, revela mais uma vez a fragilidade da auto-percepção que a J., tem de si enquanto identidade coesa e integra. A reacção da J. face às pranchas IV e VI, que remetem para as instâncias super-egóicas, autoridade e parentalidade, são vivenciadas intensamente e de modo algo dramatizado. Suscitam na J., sentimentos de medo, ansiedade e tristeza, como se da sua própria realidade se tratasse.

De facto, ao longo da prova é visível uma certa fragilidade na J., face à sua relação com o real, em que por vezes há uma indistinção entre a realidade externa e a sua própria realidade interna, a qual se sobrepõe com alguma frequência. A apresentação do cartão X, que remete para a angústia de fragmentação por excelência, provoca na J., um grande desconforto, angústia na qual a própria se demonstra entre o seu mundo interno e a realidade externa propriamente dita. Para finalizar, pode dizer-se que o que ressalta na J., é uma fragilidade na representação de si.

4.6. Análise global do caso

A infância de J. é numa primeira instância idealizada no que concerne às relações, o que me leva a questionar até que ponto é que este mecanismo de sobrevalorização deste período da sua vida não funciona, como uma carapaça face a sentimentos e eventos de cariz negativo. Parece haver em J., a necessidade de relações de exclusividade e de um constante absorver de afecto face ao outro, relação de exclusividade que num primeiro momento da sua vida é quebrada aquando do nascimento do seu irmão.

Parece haver uma espécie de negação face à gravidez da mãe, em que o medo da perda de um amor exclusivo e a futura partilha do objecto de amor primário, parecem torná-la incapaz de reconhecer o acontecimento. O nascimento do seu irmão é percebido como um acontecimento marcante e segundo J., como um redutor do investimento materno e paterno.

A relação com a sua mãe parece ser marcada por uma forte competitividade, que traduz assim não só uma falha na compreensão empática como uma não diferenciação na relação primária. Esta indefinição e conflito que parece estar patente nesta díade, remete para um ego marcado pela fragilidade e para uma imago materna incapaz de atribuir por completo à própria os instrumentos que a constroem cognitivamente e afectivamente.

A relação com o seu pai parece ser também portadora de lacunas ao nível da atenção e do afecto, justificado pelo alcoolismo e pela relação com o seu irmão, que segundo J. era preferencial. Assim temos um pai com duas relações de exclusividade, uma com o álcool e outra com o seu irmão, não havendo espaço para si, ou pelo menos, o que desejaria.

A J. parece ter recalcado a morte do seu pai até ao momento em que iniciou o seu processo terapêutico na C.T., possivelmente por ter introjectado toda uma série de culpabilidade, do que pensou do pai, do que lhe gostaria de ter dito antes dele morrer, e que não tendo essa oportunidade, não teve outros recursos que a permitissem lidar de um modo diferente com o sucedido, senão por via do recalco. Esta

dificuldade em fazer o luto da morte do pai revela igualmente, uma incapacidade em elaborar o sentimento de tristeza numa espécie de depressão falhada, em que a capacidade de mentalização da zanga, da tristeza e ressonância emocional à perda parecem estar apagadas. “Mas sem amor também não existe a possibilidade de perdê-lo. A depressão não se desenvolve (...). A depressão vivida permitiria a elaboração da perda e o renascimento da esperança” (Matos, 2003. p.35).

No que concerne à tentativa de abuso sexual, da qual J., diz ter sido vítima, parece haver uma desafectivação e incongruência entre o afecto e o acontecimento. Mais uma vez J. parece não ser capaz de expressar a sua raiva face a uma situação dolorosa e frustrante. Pode-se falar que está patente no funcionamento de J., uma espécie de raiva amordaçada.

J. inicia o seu consumo aos 10 anos, o que revela desde cedo a sua dificuldade em procurar soluções alternativas e a longo prazo para as suas angústias, traduzindo assim um comportamento de *acting-out*, característico do funcionamento toxicómano em que procura respostas imediatas para a sua insatisfação. Este comportamento de passagem ao acto é também visível nas tentativas de suicídio cometidas. As substâncias que consumiu parecem ter funcionado como um elemento que adormece os afectos e impede a depressão, fazendo com que J. se sinta bem num mundo de pessoas diferentes.

A J. revela pouca confiança de que os outros gostem verdadeiramente de si, o que é perceptível, e não dissociável, do facto da própria enquanto adolescente se ter sentido pouco amada pelos pais, pelo menos como desejaria, o que não lhe permitiu construir um núcleo de confiança básica, em si e nos outros. Não é por acaso que o estilo relacional que a J., tem habitualmente se caracteriza, por uma assimetria sob o ponto de vista afectivo, em que de acordo com a própria, o seu ex-namorado gostava mais dela do que o inverso, o que lhe dava confiança.

A J. parece ter uma auto-imagem de si clivada. Se por vezes se representa de uma forma mais positiva, no sentido do estado de humor e automomia, também se percebe como desistente dos seus propósitos quando se depara com alguma dificuldade. Esta ambivalência na sua auto-percepção, também está claramente

patente no Rorschach, na qual a sua identidade aparece de forma claramente clivada, predominando a representação da figura humana assexuada e anónima.

Pode-se pensar que a fragilidade narcísica de J. a leva a uma contrução da identidade pouco coesa, ou seja, J. esvazia-se de conteúdo no outro, numa *identificação projectiva desidentificante* (Matos, 2003). Isto reflecte-se igualmente nas relações assimétricas que possuiu como que a pedir coerência interna para a sua identidade difusa.

Relativamente ao rumo que a agressividade toma, na J., prevalece uma reacção extrapunitiva, na qual há um evitamento da culpa, ou uma projecção da mesma sobre outrém.

Ao longo do Rorschach a J., revela também alguma dificuldade em percepção dos estímulos, a sua capacidade de fantasmática é escassa, sendo muito frequente a evasão ao longo da prova do seu próprio mundo interno. A barreira entre interno e externo é muito ténue, o que se reflecte pelo reduzido número de banalidades, reveladoras da participação no modo de pensamento comum, de adaptação social.

Esta adaptação social colada a um “espaço externo sem volume responde a uma paralisia dos processos internos um bloqueio dos movimentos subjectivos (...). Bloqueio que é arquitectado pelo desmantelamento da dinâmica da projecção esse ir de dentro para fora que constitui o sujeito ao mesmo tempo que dele constitui o seu meio” (Pereira in prefácio, Sami-Ali, 2002). Há portanto na J., uma dificuldade de diferenciação entre a realidade exterior e a sua própria realidade, dada a sua fragilidade identitária.

E assim escondi-me atrás da porta, para que a Realidade, quando entra, me não veja. Escondi-me debaixo da mesa donde subitamente prego sustos à Possibilidade. De modo que desligo de mim, como aos dois braços de um amplexo, os dois grandes tédios que me apertam- o tédio de só poder viver o real, e o tédio de poder conceber só o possível. Triunfo assim de toda a realidade. Castelos de areia os meus triunfos?... De que cousa essencialmente divina são os castelos que não são de areia? (Bernardo Soares, s.d., p.25)

5. Conclusões

Ao longo desta reflexão, procurámos explorar de que forma é que o indivíduo toxicodependente, constrói a sua identidade, bem como a interrelação que se estabelece entre estes dois conceitos e possível compromisso, no seu acesso.

Para que tal fosse possível, para além de uma pesquisa bibliográfica nesse mesmo sentido, foi realizado um estudo de caso, com uma jovem adolescente em tratamento numa comunidade terapêutica.

Mediante o que foi por nós observado e reflectido à posteriori, podemos concluir, que de facto existe uma relação extremamente importante e significativa entre a toxicodependência e a fragilidade ao nível da construção da identidade.

No caso em específico, a que nos dedicámos, o caso da J., em tratamento na F.P.E.P.T.T, importa referir que ao nível das imagos parentais, essenciais enquanto pedra basilar, no processo de formação, construção e definição da identidade, o que se registou, foi algo que é dado como comum, em diversos casos de

toxicodependência, ou seja, a indisponibilidade física e/ou emocional, quer da parte da mãe, quer do pai.

De facto, ao longo de todo o processo de desenvolvimento, no sentido da construção de um sentimento de identidade, de um eu coeso e íntegro, a presença de uma mãe e de um pai que primeiramente emana o seu odor, que apazigua a dor, em seguida profere palavras que desmistificam o incompreensível, securizam, valorizam e se disponibilizam como modelo de identificação, é de todo indispensável para que tal seja possível. “O meu pai chegava a casa muito tarde e bebia muito. Contava com ele mas para falar nunca houve abertura. Há medida que o meu irmão crescia foi-se notando mais a diferença, as coisas nunca mais foram as mesmas (...)”. (sic) “A minha mãe ficou espedada a olhar para mim e não fez nada, fiquei doente e pensei até me deixa morrer!”. (sic).

Estamos portanto, perante um caso em que os modelos de identificação, não só não estão física e ou emocionalmente presentes, como também não são desejáveis enquanto referência pela J.

Para além desta falta de sentimento de amor primário, de cuidar e ser desejada/amada, pelo início da adolescência a J. vê-se confrontada com duas situações, que viriam a abalar mais a sua ténue estrutura identitária e frágil narcisismo, o nascimento do seu irmão mais novo e a morte do seu pai. A falta que fora sentida pela perda do pai, a par da inexistência de uma pessoa, imago paterna, do sexo complementar fundamental à narcisação da sua imagem enquanto menina e posteriormente mulher, e também como referência necessária à afirmação dos limites e diferenciação dos papéis confusos que se estabeleciam entre a díade mãe-filha, assume contornos importantes.

“A família humana é uma família bifocal: com uma mãe e um pai; necessários à formação diferencial de estilos de relação de objecto” (Matos, 2002, p.228).

A relação que J. tinha com a mãe, caracterizava-se por uma extrema rivalidade e indefinição de papéis. Tal situação, de nebulosidade quanto a quem é mãe e filha, não viria a facilitar o processo de construção e assumpção de uma identidade por

parte da J, já que para além da inexistência de uma figura cuidadora e narcisante paterna, a mãe também não se apresentava como modelo de possível identificação.

Tal como se regista em outros casos de adicção, a J.foi, de certa forma procurar encontrar-se no grupo de pares, face aos quais conseguia encontrar características que sentia serem suas também, para além que não tinha nos pais objectos de identificação, porque indisponíveis ou não desejáveis. Neste caso, poderíamos falar da existência de um movimento de desespero, no sentido na procura de uma clarividência, enquanto identidade, em que há como que uma sobreposição a uma identidade de grupo, a qual é assumida como a própria, individual.

Uma vez que no caso em particular, os objectos de identificação básicos, estavam ausentes, indisponíveis, ou não eram desejáveis, o movimento no sentido da construção de uma identidade sólida, coesa e diferenciada, ficou comprometida. Uma vez que, não houve possibilidade de introjectar um objecto total, com as suas características simultaneamente boas e más, o mecanismo de funcionamento psíquico que encontramos presente no caso J., é a clivagem, o qual está patente, não só no dia-a-dia, ou seja, ao nível das relações amorosas que estabelece, como também na imagem que a própria faz de si, portanto fragmentada.

Concluimos, assim que há de facto no caso da J. uma fragilidade ao nível da construção da sua identidade, diferencialmente enquanto mulher.

“Como no caos determinístico, o atractor é o destino – quase tudo depende da influência das condições essenciais” (Matos, 2002, p.229).

6. Referências Bibliográficas

- Bergeret, J. (1998). *Psicologia Patológica - Teórica e Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Brusset, B. (1985). Anorexie et boulimie dans leur rapport avec la toxicomanie: *Anorexie mentale aujourd'hui* (pp. 125-157). Grenoble: Pense sauvage.
- Brusset, B. (1994). Relation d'objet: *Traite de psychopathologie* (pp. 377-391). Paris: PUF.
- Chabert, C. (1999). *O Rorschach na Clínica do Adulto*. Lisboa: Climepsi.
- Charles-Nicolas, A. (1991). Toxicomanias e patologias do narcisismo. In Jean Bergeret & Wilfrid Reid (orgs), *Narcisismo e estados-limite* (pp. 163-182). Lisboa: Escher.
- Dias, C. A. (1979). *Que se mexe a parar: Estudos sobre a droga*. Porto: Afrontamento.
- Dias, C. A. (1991). *Ali Babá. Droga: Uma neurose diabólica do século vinte*. Lisboa: Fim de século.
- Dias, C. A. (1995). *Ascensão e queda dos toxicoterapeutas ou a democracia da mentira*. Lisboa: Fenda.
- Dias, C. A., & Bravo, A. (2ªed.). (2003). *O inferno somos nós: Conversas sobre crianças e adolescentes*. Lisboa: Quetzal.
- Dias, C. J. (1994). *A saúde mental e a vida* (3ªed). Lisboa: Salamandra.
- Fabião, C. (2002). Toxicodependência: duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento. Uma revisão. *Revista Toxicodependências*, 8 (2), 37-49.

Fenichel, O. (1938). Ego disturbances and their treatment. *International Journal of psycho-analysis*, 19(4), 416-438.

Ferreira, A. I. (2004). Toxicodependência(s) e Psicoterapia(s). *Revista Toxicodependências*, 10 (2), 65-74.

Ferreira-Borges, C. & Filho, H. C. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi.

Fieldman, N. P., Woolfolk, R. L., Allen, L. A. (1995). Dimensions of self-concept: A comparison of heroin of cocaine addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(3), 315-326.

Fleming, M. (1995). *Família e toxicodependência*. Porto: Afrontamento.

Fleming, M. (2005). Dor mental e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 11 (1), 3-13.

Freud, S. (1999). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* Lisboa: Livros do Brasil. (obra original:1920).

Grinberg, L. & Grinberg, R. (1998). *Identidade e Mudança*. Lisboa: Climepsi.

IDT, Instituto da Droga e Toxicodependência. (2006). A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências: Relatório Anual 2006. Consultado a Dezembro 11, 2007, através de:

www.idt.pt/pt/idt/relatoriosplanos/paginas/situacaodopais.ASPX

Matos, A. C. (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi.

Matos, A. C. (2002). *O Desespero*. Lisboa: Climepsi.

Matos, A. C. (2002). *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi .

- Matos, A. C. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, A. C. (2003). *Mais Amor Menos Doença*. Lisboa: Climepsi.
- Olievenstein, C., & Col (1990). *A clínica do Toxicómano: A falta da falta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Ramos, S. P. (2004). What can we learn from psychoanalysis and prospective studies about chemically dependent patients?. *Int. Journal of Psychoanalysis*, 85, 467-488.
- Reynaud, M. & Col. (1987). *As toxicomanias, alcoolismo, tabagismo, medicamentos e drogas*. São Paulo: Organização Andrei.
- Sami-Ali. (2002). *O banal*. Lisboa: Dinalivro.
- Scharfetter, C. (1999). *Introdução à Psicopatologia Geral*. Lisboa: Climepsi.
- Silva, D. & Bacelar- Nicolau, H. (2003). Um padrão ou vários padrões de características de respostas ao Rorschach num grupo de dependentes de heroína? *Revista Toxicodependências*, 9 (1), 47-64.
- Silveira, M. (2004). La identidad de género y su influencia en el proceso psicoanalítico: Una experiencia de investigación en SPPA – *Masculino- Feminino: Cuestiones psicoanalíticas contemporáneas* (pp.29-37). Buenos Aires: Lumen.
- Torrado, M. & Oakinin, S. (2008). Identidade e toxicodependência no masculino: Relação paterna, auto-conceito e identidade de género. *Revista Toxicodependências*, 14 (1), 57-72.
- Trincão, J. C. P. (1990). As toxicodependências silenciosas. *Análise psicológica*, 8 (3), 345-347.

Vaillant, G. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology, 103 (1)*, 44-50.